

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Diologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19-0046883

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 469

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : YOUSFI - KADA

Date de naissance : 1943 -

Adresse : Hay n°4 Abdellah. Qu. 29 n°48 - Casablanca -

Tél. : 0615360336

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Zoubir CHOUFAI  
HEMATOLOGIE  
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE  
152 - Bd Ba Hmad - CASABLANCA  
Tél. : 05.22.24.81.81 / 63 - Fax : 05.22.40.40.70

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Yousfi Kade

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Lymphome (LLC)

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Docteur Zoubir CHOUFAI  
HEMATOLOGIE  
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE  
152 - Bd Ba Hmad - CASABLANCA  
Tél. : 05.22.24.81.81 / 63 - Fax : 05.22.40.40.70



| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |                                 |  |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 23/1/20                        |                   | 02                    |                                 | 400 00<br>الدكتور<br>FEAI                                      |

23/1/20 02 40000  
الدكتور  
FEAI

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |  |
|---|--|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date   |
| <p><b>ALAOUI Mohammed</b><br/> <b>PHARMACIE MY ABDELLAH</b><br/> Rue 568, N° 08 - Ain Chock<br/> Hôpital Med Sekkat - Casablanca<br/> Tél: 05.22.21.73.54</p> | <p><b>HEMATOLOGIE</b><br/> <b>ONCOLOGIE PEDIATRIQUE</b><br/> 152, Bd. Ba Hmad - Mohammadia<br/> Tél: 05.22.24.81.61 / 63 - Fax: 05.22.24.81.70</p> |
|   | <p>01.20 119.60<br/> 03.01.80 99.20</p>  |

10. 11. 73. 64

.....

20 20

[illegible]Montant  
des Honoraires[illegible]Montant  
des Honoraires

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

### Montant détaillé des Honoraires

---

IV

### Montant détaillé des Honoraires

---

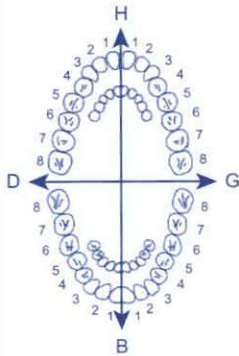
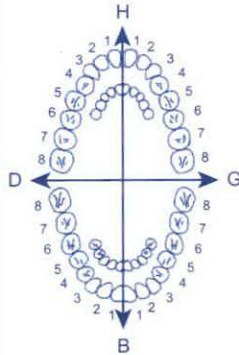
IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient                              |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|--|--|---------------------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|   |  |                     |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                     |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                     |  | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                     |  | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                     |  | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 25533412   | 21433552            |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000   | 00000000            |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | D  | G                   |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000   | 00000000            |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 35533411   | 11433553            |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | B  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                     |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                     |  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                     | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

Coefficient

FIN  
D'EXECUTION

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

# Docteur Zoubir CHOUFFAI

HEMATOLOGISTE  
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE  
Ancien Enseignant Faculté de Médecine  
et C.H.U Ibn Rochd (Casablanca)  
Ancien assistant F.F.  
Institut Gustave Roussy (Villejuif - France)  
Sur Rendez-vous

## الدكتور الزوبير الشفاعي

إختصاصي في أمراض الدم  
إنكولوجيا الأطفال  
أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب  
والمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)  
مساعد سابقا  
بمعهد كوستاف روسي  
(فيل جوف - فرنسا)  
بالموعد

CAMP / 23/1/2020

N. YOUSFI

4960x2V

**D-CURE :**

-25000 .....

-Forte.....286.....



1 ampoule dans 1/2 verre de lait

- A prendre au milieu d'un repas.
- S'exposer, si possible, 5 a 10 min au soleil.

☒ 1 fois tous les 15 jours pendant .....

☒ Puis 1 fois par mois pendant .....6625.....

PPV: 49.60 DH  
LOT: 19L02/8  
EXP: 12/2022

PPV: 49.60 DH  
LOT: 19L02/8  
EXP: 12/2022

الدكتور الزوبير الشفاعي  
Docteur Zoubir CHOUFFAI  
HEMATOLOGIE  
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE  
152, Bd Ba Hmad - CASABLANCA  
Tél: 05.22.24.81.61 / 63 - Fax: 05.22.40.40.70

152 شارع باحماد - بلقدير - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 24.81.61/63 - 05 22 24.37.41/43 - الفاكس : 05 22 40.40.70

152, Boulevard Ba hmad - Belvédère - Casablanca - Tél. : 022 24.81.61/63 - 0522 24.37.41/43 - Fax : 05 22 40.40.70

En Cas d'Urgence : Clinique Val d'Anfa - Tél. : 05 22 39.69.39 / 06 61 33.74.37

ONCOLOGIE  
PEDIATRIQUE  
HEMATOLOGIE



# Docteur Zoubir CHOUFFAI

HEMATOLOGISTE

ONCOLOGIE PEDIATRIQUE

Ancien Enseignant Faculté de Médecine  
et C.H.U Ibn Rochd (Casablanca)

Ancien assistant F.F.

Institut Gustave Roussy (Villejuif - France)

Sur Rendez-vous

## الدكتور الزوبر الشفاعي

إختصاصي في أمراض الدم  
أنكولوجيا الأطفال  
أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب  
والمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)  
مساعد سابقا  
بمعهد كوستاف روسي  
(فيل جوييف - فرنسا)  
بالموعد



091042291

43,20

23/1/70

N. Casfr. Koda

25.10.20

PPV: 25/10  
EXP:  
Lot N°:

F. ulu fet

2-3-1  
S.V.  
2/10/1

26.20

Ac fol ry

1 - 0 - 1  
S.V.

43.20

Ry la. c

300 Lcr A. d. Ap  
(0 - 1 - S.V.)

PPV: 25/10  
EXP:  
Lot N°:

119.60

الدكتور الزوبر الشفاعي  
Docteur Zoubir CHOUFFAI  
HEMATOLOGIE  
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE  
152, Bd Ba Hmad - CASABLANCA  
Tél.: 05.22.24.81.61 / 63 - Fax : 05.22.40.40.70

152 شارع باحماد - بلقدير - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 24.81.61/63 - 05 22 24.37.41/43 - الفاكس : 0522 40.40.70

152, Boulevard Ba hmad - Belvédère - Casablanca - Tél. : 022 24.81.61/63 - 0522 24.37.41/43 - Fax : 05 22 40.40.70

En Cas d'Urgence : Clinique Val d'Anfa - Tél. : 05 22 39.69.39 / 06 61 33.74.37

ONCOLOGIE  
PEDIATRIQUE  
HEMATOLOGIE